

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 109

---

**ESSAI**  
**D'ÉTUDE CRITIQUE**  
des  
**MOYENS D'ACCÈS AUX VOIES BILIAIRES**

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Mai 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Lucien FASSY**

Ancien Interne-Lauréat des Hôpitaux de Grenoble

Né le 8 Avril 1894, à Pontcharva (Isère)

---

GRENOBLE

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME  
5, Rue Crépu, 5

---

1922



**ESSAI**  
**D'ÉTUDE CRITIQUE**  
**DES**  
**MOYENS D'ACCÈS AUX VOIES BILIAIRES**



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 109

---

**ESSAI**  
**D'ÉTUDE CRITIQUE**

des

**MOYENS D'ACCÈS AUX VOIES BILIAIRES**

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Mai 1922

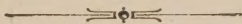
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Lucien FASSY**

Ancien Interne-Lauréat des Hôpitaux de Grenoble

Né le 8 Avril 1894, à Pontcharra (Isère)



GRENOBLE

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

5, Rue Crépu, 5

1922

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

|                       |               |
|-----------------------|---------------|
| Doyen honoraire ..... | M. HUGOUNENQ  |
| Doyen .....           | MM. J. LÉPINE |
| Assesseur .....       | ROQUE         |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT

## PROFESSEURS

|                                                           |                 |
|-----------------------------------------------------------|-----------------|
| Cliniques médicales .....                                 | MM. TRISSIER    |
| Cliniques chirurgicales .....                             | ROQUE           |
| Clinique obstétricale et Accouchements .....              | BARD            |
| Clinique ophtalmologique .....                            | TIXIER          |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....     | BERARD          |
| Clinique neurologique et psychiatrique .....              | COMMANDEUR      |
| Clinique des maladies des enfants .....                   | ROLLET          |
| Clinique des maladies des femmes .....                    | NICOLAS         |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....                   | LÉPINE (J.)     |
| Clinique des maladies des voies urinaires .....           | WEIL            |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie .....      | POLLOSSON (A.)  |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie .....   | LANNOIS         |
| Chimie biologique et médicale .....                       | ROCHET          |
| Chimie organique et Toxicologie .....                     | NOVE-JOSSERAND. |
| Matière médicale et Botanique .....                       | GLUZET          |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale .....        | HUGOUNENQ       |
| Anatomie .....                                            | MOREL           |
| Histologie .....                                          | MOREAU          |
| Physiologie .....                                         | GUIART          |
| Pathologie interne .....                                  | LATARJET        |
| Pathologie et Thérapeutique générales .....               | POLICARD        |
| Anatomie pathologique .....                               | DOYON           |
| Chirurgie opératoire .....                                | COLLET          |
| Médecine expérimentale et comparée et bactériologie ..... | MOURIQUAND      |
| Médecine légale .....                                     | PAVIOI          |
| Hygiène .....                                             | VILLARD         |
| Thérapeutique, hydrologie et climatologie .....           | ARLOING (F.)    |
| Pharmacologie .....                                       | ETIENNE MARTIN  |
|                                                           | GOURMONT (P.)   |
|                                                           | PIC             |
|                                                           | FLORENCE (A.)   |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                               |          |
|-----------------------------------------------|----------|
| Chargé d'un cours de Pathologie externe ..... | VALLAS   |
| — — Propédeutique de gynécologie .....        | CONDAMIN |
| — — Chimie minérale .....                     | BARRAL   |
| — — Urologie .....                            | GAYET    |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                      |            |
|------------------------------------------------------|------------|
| Anatomie topographique .....                         | PATEL      |
| Botanique .....                                      | BREIN      |
| Embryologie .....                                    | HOVELACQUE |
| Orthopédie .....                                     | LAROYENNE  |
| Puériculture et hygiène de la première enfance ..... | CHATIN     |
| Stomatologie .....                                   | TELLIER    |

## AGRÉGÉS

| MM.             | MM.               | MM.           | MM.             |
|-----------------|-------------------|---------------|-----------------|
| NOGIER          | SAVY              | HOVELACQUE    | ROUBIER         |
| TRETIN          | FROMENT           | TRILLAT       | FAVRE           |
| TERICHK         | THEVENOT (Lucien) | SARVONAT      | MURARD          |
| THEVENOT (Léon) | PIERY             | FLORENCE (G.) | GONNET          |
| TAVERNIER       | COTTE             | ROCHAIX       | GRAVIER, chargé |
| CADE            | DUROUX            | CORDIER       | des fonctions.  |
| GARIN           |                   |               |                 |

M. BAYLE, secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD, *Président* ; THÉVENOT Léon, *Assesseur* ;  
MM. COTTE et SANTY, *Agrégés*.

*La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE JEAN BERNARD

Sergent au 317<sup>e</sup> Régiment d'Infanterie, tué à l'ennemi le  
31 Juillet 1916, à Verdun, devant Thiaumont, poste 196.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MA FEMME

A MA GRAND' MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE, M. LE PROFESSEUR BÉRARD

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions d'agréer l'hommage de nos plus respectueux remerciements.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COTTE, CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Il nous a inspiré le sujet de ce travail et guidé de ses précieux conseils. Nous le prions d'accepter notre reconnaissance.

AUX MEMBRES DE MON JURY

À LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE DOCTEUR BOSQUETTE,

Professeur suppléant de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Grenoble,  
Chirurgien des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIOL,

Directeur de l'Ecole de Médecine de Grenoble,  
Professeur de Clinique chirurgicale.

A MES MAÎTRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE GRENOBLE

MM. les Docteurs : JACQUEMET, CORNELOUP, SAPPEY, PORTE,  
TRAVERSIER, HERMITE, DALBAN.

## INTRODUCTION

---

La chirurgie des voies biliaires a pris au cours des vingt années qui viennent de s'écouler, une place importante dans la chirurgie abdominale en général. La découverte de l'aseptie et de l'antiseptie qui avait donné un essor considérable à la chirurgie avait permis aux opérateurs de s'attaquer avec quelques chances de succès aux affections des voies biliaires. C'est alors que la littérature médicale s'enrichit de nombreuses relations d'interventions de ce genre : on vit apparaître et se préciser les indications et les techniques opératoires. Néanmoins, l'intervention était grave, et bien que les statistiques aient été très encourageantes — puisqu'elles ne s'adressaient qu'à des cas en apparence désespérés — beaucoup de chirurgiens hésitaient à recourir à ces opérations d'une exceptionnelle gravité.

Pourtant, il vient de se produire en faveur du traitement chirurgical des affections des voies biliaires, la même évolution que celle à laquelle on a assisté il y a une dizaine d'années en faveur de l'appendicectomie. Plus l'opération a été fréquente, plus tôt elle a été pratiquée, meilleurs ont été les résultats. Actuellement,

en matière d'appendicite, l'ablation de l'appendice s'est montrée d'une telle bénignité que le traitement chirurgical a pris le pas sur la thérapeutique médicale.

De même, le médecin dont le malade présente par exemple, soit des coliques hépatiques récidivantes qui indiquent l'arrêt d'un calcul, soit une cholécystite qui ne cède pas rapidement au traitement qu'il a institué, n'hésite plus à confier son malade à un chirurgien qui ira à la recherche de l'élément anatomique malade ou dont le fonctionnement sera lésé.

La lecture des observations de malades opérés est particulièrement intéressante au point de vue des résultats, de la technique employée vis-à-vis des voies biliaires elles-mêmes et même des indications ; mais on est frappé de constater que souvent ces relations sont muettes en ce qui concerne le premier temps de l'acte opératoire : l'incision de la paroi.

Pourtant, lorsqu'il s'agit d'interventions aussi graves portant sur des organes contenus dans la grande cavité péritonéale, chez des sujets affaiblis à la fois par la souffrance et par des résorptions de produits septiques ou toxiques, il paraît indispensable, si l'on veut mettre le maximum de chances de son côté, de diminuer l'acte opératoire autant qu'il se pourra. On en abrègera notablement la durée si on dispose d'une incision simple, rapide à exécuter, qui d'emblée donnera un jour suffisant sur cette région si difficile à bien exposer, et permettra de poursuivre méthodiquement l'intervention quelles que soient les difficultés opératoires qu'on doit rencontrer.

Il est évident que la nécessité de s'arrêter d'opérer,

de revenir en arrière pour agrandir une incision de laparatomie fait perdre des instants qui sont toujours précieux au cours d'interventions aussi graves que celles qui portent sur les voies biliaires.

Il est encore une autre lacune que l'on rencontre à la lecture des observations ; c'est l'absence de renseignements sur l'état de la paroi après la guérison. Il est pourtant intéressant pour un malade d'avoir une cicatrice solide, non douloureuse, qui ne l'obligera pas pour le reste de ses jours à être l'esclave d'une ceinture ou d'un bandage coûteux, incommodes et difficiles à entretenir convenablement.

On peut déjà penser que ces deux ordres de faits : exposition du champ opératoire et résultats de la suture, seront fonction de l'incision employée.

Dans ce court travail nous n'aurons pas la prétention de décrire et préconiser l'incision idéale qui ne donnera jamais de mécomptes. Après avoir brièvement rappelé la topographie des voies biliaires extra-hépatiques par rapport à la paroi abdominale, nous nous bornerons à décrire sommairement cette dernière en allant de la surface vers la profondeur, afin de voir les plans que traversera le chirurgien ; nous décrirons ensuite quelques unes des nombreuses incisions qui ont été tour à tour préconisées ; après avoir essayé d'en faire la critique, nous dirons nos raisons pour lesquelles il nous semble préférable de recourir à telle incision plutôt qu'aux autres.

---



## TOPOGRAPHIE

---

Les voies biliaires extra-hépatiques répondent à la moitié droite de la région épigastrique ; elles occupent l'espace sous-hépatique compris entre la face inférieure du foie d'une part et le colon transverse et son méso d'autre part.

Extérieurement, la région qui nous intéresse est limitée en haut par la ligne oblique qui va de l'appendice xyphoïde jusqu'au cartilage costal de la VII<sup>e</sup> côte ; en bas par l'horizontale passant par l'ombilic, en dedans par la ligne médiane, et en dehors par le bord externe du muscle grand droit.

Les éléments anatomiques que rencontrera le chirurgien à l'ouverture de l'abdomen seront variables avec la situation et la direction de l'incision employée. Nous les étudierons au devant du muscle grand droit, et sur la ligne blanche.

### *a) — Au devant du muscle grand droit.*

La peau et le tissu cellulaire sous-cutané n'offrent rien de particulièrement intéressant. La peau est mince, souple, très mobile ; le tissu cellulaire sous-cutané forme un fascia transversalis à deux feuillets, entre lesquels se dépose chez certains sujets une couche

de tissu adipeux plus ou moins épaisse. On rencontre de petites artérioles à direction transversale qui proviennent des branches des dernières intercostales. Par contre, le réseau veineux superficiel est beaucoup plus développé. Sa dilatation donne la tête de Méduse, signe de gêne de la circulation portale.

Les nerfs sont sensitifs et émanent des six derniers nerfs intercostaux.

La couche musculo-aponévrotique est constituée par le grand droit et sa gaine. Dans la région qui nous occupe, nous sommes près des insertions supérieures de ce muscle sur les cartilages costaux des V<sup>e</sup>, VI<sup>e</sup> et VII<sup>e</sup> côtes par ses languettes externe, moyenne et interne. On y rencontrera fréquemment une ou deux intersections aponévrotiques qui interrompent la continuité des faisceaux musculaires, et au niveau desquelles, la gaine du muscle est adhérente. Nous rappelons en passant, que le caractère propre de ces intersections est leur irrégularité. Elles peuvent occuper toute ou portion seulement de l'épaisseur du muscle.

La gaine fibreuse du muscle est formée par les tendons aponévrotiques du grand oblique, du petit oblique et du transverse de l'abdomen, qui se portent vers la ligne blanche où ils vont s'entrecroiser avec ceux du côté opposé. La paroi antérieure de la gaine est formée par l'aponévrose d'insertion du grand oblique et le feuillet antérieur du dédoublement de l'aponévrose du petit oblique ; sa paroi postérieure, par le feuillet postérieur du petit oblique et l'aponévrose d'insertion du transverse.

Le muscle est partout libre dans sa gaine, sauf,

comme on l'a vu plus haut, au niveau des intersections aponévrotiques ; il lui est relié par l'intermédiaire d'une mince couche de tissu cellulaire lâche dans lequel cheminent les vaisseaux et les nerfs profonds de la région.

Dans l'étendue du champ opératoire, nous rencontrons les branches terminales de l'artère mammaire interne. A ce niveau elles quittent le tissu cellulaire sous-péritonéal pour passer dans l'épaisseur du muscle où elles se ramifient, se distribuent au muscle, et vont à la rencontre des ramifications de l'épigastrique pour s'anastomoser avec elles. Nous pouvons déjà en passant faire remarquer qu'une section longitudinale au travers du grand droit sera moins sanglante qu'une section transversale du muscle.

Les artères sont accompagnées des veines de même nom, et on a de la même façon un système anastomotique entre la veine sous-clavière et la veine iliaque externe.

Les nerfs proviennent des cinq ou six derniers nerfs intercostaux ; ils se trouvent dans l'atmosphère cellulaire comprise entre la face postérieure du grand droit et sa gaine ; ils sont destinés en partie au muscle lui-même et aux segments qui le recouvrent (par les rameaux perforants externes et internes).

Au point de vue chirurgical, nous remarquons que contrairement aux artères, les nerfs ont une direction transversale et seront sûrement intéressés par une incision parallèle à la direction du muscle, tandis qu'ils auront plus de chances d'être respectés par une incision transversale, parallèle à leur direction.

Le fascia transversalis et le tissu cellulaire sous-péritonéal n'offrent rien de particulier à cette région, si ce n'est que c'est dans le tissu cellulaire sous-péritonéal que cheminent les vaisseaux mammaires internes avant leur pénétration dans la gaine du grand droit — à moins qu'ils n'aient déjà pénétré dans le muscle.

*b) — Ligne blanche.*

Comme on l'a vu plus haut, elle résulte de l'entrecroisement des aponévroses réunies des muscles grand oblique, petit oblique et transverse d'un côté, avec ceux du côté opposé. Le caractère de cette région est d'être avasculaire et peu riche en filets nerveux. Elle est donc d'une certaine commodité au point de vue chirurgical.

Nous ne parlerons pas de la topographie propre aux voies biliaires. Nous nous bornerons à faire remarquer qu'à part la face antérieure de la vésicule qui est superficielle, les organes sur lesquels porteront les interventions sont toujours profondément situés, puisque dans sa direction générale, le canal hépato-cholédoque partant du hile du foie est déjà séparé à son départ pour toute l'épaisseur du lobe carré médian, et qu'il va aboutir à la face postérieure de la portion descendante du duodenum.

---

## **Incision de Morgagni ou incision sur la ligne blanche**

C'est la plus vieille des incisions pour laparotomie : c'est l'incision classique décrite par Morgagni pour la pratique des autopsies. Plus tard, elle a été adoptée par les chirurgiens ; actuellement, elle est connue de tout le monde.

Elle consiste à ouvrir la paroi abdominale sur la ligne médiane. Une fois la peau et le tissu cellulaire sous-cutané incisés, on tombe entre les muscles grands-droits, au niveau de l'entrecroisement des aponévroses des muscles larges de l'abdomen.

On ne rencontre ni vaisseaux, ni filets nerveux importants : l'incision a comme limite en haut l'appendice xyphoïde ; en bas, elle descend suivant les besoins jusqu'au voisinage de l'ombilic.

La fermeture de la paroi se fait par trois plans superposés : un surjet qui ferme le péritoine accolé au fascia transversalis, des points séparés qui rétablissent la sangle aponévrotique, enfin, le troisième plan ou plan superficiel est constitué par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

En résumé, incision très simple à pratiquer, non hémorragique. Mais difficilement utilisable en pratique.

---

### **Incision de Mayo-Robson**

C'est une incision verticale latérale; elle passe au milieu du muscle grand droit. Après incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané on incise la gaine du muscle, puis on dilacère ses fibres jusqu'à l'aponévrose postérieure; on complète l'incision par l'ouverture du péritoine.

Elle offre sur la précédente l'avantage d'être mieux placée au devant des voies biliaires; en effet, dans les cas où l'on a une hypertrophie hépatique concomittante, on conçoit nettement qu'il soit difficile d'accéder à la vésicule par exemple, en partant de la ligne médiane; on travaillerait " au fond d'un puits ", et les difficultés des manœuvres prolongeraient l'opération.

Pour avoir un jour suffisant il faudrait alors prolonger considérablement l'incision ce qui, surtout au niveau de la ligne blanche ne serait pas sans danger au point de vue des éventrations consécutives.

---

### **Incision de Riedel**

C'est une variante de l'incision de Mayo-Robson, elle est également verticale, passe au travers du muscle grand droit, mais à l'union de son tiers moyen et de son tiers externe. Elle semble donner mieux encore que la précédente un accès direct aux voies biliaires sous-hépatiques.

---

## Incision de Calot

A été préconisée dans les cas où la vésicule biliaire était déjetée dans l'hypocondre droit par une hypertrophie considérable du foie. Elle part de l'articulation qui unit les cartilages costaux des neuvièmes et dixièmes côtes ; elle est à ce niveau à 2 cm. environ en dehors du grand droit, descend parallèlement à ce bord jusqu'à 12 cm. environ du rebord costal.

---

## Incision de Kehr

Appelée en Allemagne : incision ondulée (*Wellenschmitt*) — encore appelée en France : incision en baïonnette à cause de sa forme. — Dans son ensemble elle est d'abord médiane, puis oblique en bas et en dehors pour redevenir verticale et passer au travers du muscle grand droit.

Elle commence en haut au niveau de l'appendice xyphoïde et descend verticalement sur la ligne médiane jusqu'à mi-chemin de l'ombilic. Elle change alors de direction pour se porter en bas et en dehors à travers le grand droit, dont le tiers externe est respecté.

L'incision descend alors à nouveau verticalement dans le muscle à l'union du tiers externe et des deux tiers internes jusqu'au niveau ombilic. Après section du muscle, l'ouverture du fascia profond et du péritoine

se fait d'abord à la partie moyenne de l'incision, puis est prolongée en haut et en bas vers les deux extrémités (*Technick der G. p. 64*).

---

### **Incision en S allongé** **de Arthur Dean Beven** (*de Chicago*)

C'est en quelque sorte une variante de l'incision de Kehr; c'est une incision verticale le long du bord externe du muscle grand droit, mais qui se continue en haut par un segment oblique se dirigeant en haut et en dedans; à son extrémité inférieure par un autre segment oblique en bas et en dehors.

---

### **Incision de Kocher**

C'est une incision oblique, parallèle au rebord costal qui fait pour ainsi dire le trait de passage de la section verticale à la section transversale, bien qu'au point de vue des éléments lésés elle se rapproche très sensiblement de cette dernière. Elle commence au niveau de la ligne blanche à trois ou quatre travers de doigt de l'extrémité de l'appendice xyphoïde; elle descend alors à travers le muscle grand droit en le sectionnant parallèlement au bord inférieur des fausses côtes.

---

## Incision de Czerny

Cette incision est une combinaison de l'incision verticale et de l'incision transversale. Elle se compose de deux branches disposées à angle droit; la branche verticale est médiane; elle suit la ligne blanche jusqu'au voisinage de l'ombilic, à ce niveau elle est complétée par une branche horizontale qui sectionne le droit dans toute sa largeur. Cette incision paraît particulièrement commode pour aborder le cholédoque dans sa portion terminale, au moment où il va se jeter dans le duodenum.

---

## Incision actuelle de Kehr

*Archiv für Klinische Chirurgie* T XCVII — 1912. — p. 74 à 109.

Dans un article des Archives de Chirurgie clinique Kehr fait l'historique de sa manière de procéder. — Dans le début il ne s'inquiétait pas de ménager les nerfs — mais après avoir observé plusieurs fois une atrophie du muscle droit, il arrêta son incision verticale à travers le droit au dessus de l'intersection aponévrotique qui est au-dessus de l'ombilic. Puis vers 1909 il a renoncé à l'incision verticale du muscle droit, si bien que son incision ondulée est devenue en quelque sorte une incision courbe à concavité supérieure dont dont la branche verticale sectionne la ligne blanche, et l'horizontale, la totalité du muscle droit.

## Incisions de Sprengel

C'est en 1910 au Congrès allemand de Chirurgie que Sprengel a montré les avantages des incisions transversales et de l'incision transversale d'emblée. " Pour les opérations sur les voies biliaires, l'incision que je considère comme la plus recommandable... est une incision en forme de crochet, disposée de telle sorte que le bras court, externe, du crochet, corresponde à la direction du muscle grand oblique et que ce muscle soit sectionné parallèlement à ses fibres ; le grand bras du crochet, au contraire, coupe transversalement le grand droit. Pour les petites opérations, limitées à la seule vésicule, l'incision a, à peine, à dépasser latéralement le bord externe du muscle droit ; suivant les besoins, on peut entamer légèrement dans la direction de l'incision du droit les muscles profonds, petit oblique et transverse. Le jour obtenu n'est-il pas suffisant, ce qui est la règle dans les interventions sur les voies biliaires profondes, je conseille de prolonger l'incision vers la gauche, c'est-à-dire de sectionner également, transversalement, en partie ou en totalité, le muscle grand droit du côté gauche. De cette façon, on se crée une brèche donnant un jour suffisant à peu près dans toutes les éventualités.

Cette incision transversale, permet en même temps et à coup sûr de récliner le colon de l'intestin grêle ; par contre l'estomac, lorsqu'il est fortement distendu par des gaz, peut faire saillie d'une façon gênante dans

la région opératoire. On peut être gêné également par la rencontre du ligament suspenseur du foie — ce qui est la règle dans les incisions en question — en pareil cas, il ne faut pas craindre de le sectionner ; cependant il est préférable de ne pas le faire pour ne pas compliquer ensuite la suture de la paroi.”

Il y a en réalité deux incisions de Sprengel : une incision haute et une incision basse, suivant que le foie déborde ou non les fausses côtes.

L'incision haute siège entre le bord des fausses côtes et la ligne blanche, entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>me</sup> intersection aponévrotique ; c'est une incision épigastrique, elle ne donne un jour suffisant que sur le lobe gauche du foie, pas assez sur la vésicule et sera nettement insuffisante si l'on n'a pu déterminer exactement le niveau du bord inférieur du foie. De plus à cause du rebord costal, cette incision ne peut être prolongée en dehors ; en dedans, on aura la ressource de sectionner le muscle droit du côté opposé.

L'incision basse se pratique à trois travers de doigt au-dessus de la ligne ombilicale ; elle est située entre la deuxième et la troisième intersection aponévrotique du muscle droit.

**GOSSET** la pratique et la décrit de la façon suivante : Le malade est couché sur le dos horizontalement ; un billot est placé au niveau de la pointe des omoplates. On incise transversalement depuis le bord externe du droit jusqu'à la ligne médiane — les couches superficielles et la gaine antérieure du muscle. — Les faisceaux musculaires sont rapidement sectionnés et une

pince de Kocher fait momentanément l'hémostase de l'épigastrique, en général seule la tranche musculaire inférieure donne un peu de sang; l'écoulement par la tranche supérieure est le plus souvent nul ou insignifiant. Après la section le muscle droit se rétracte différemment en avant et en arrière. En avant, il adhère assez intimément à sa gaine et se rétracte peu; — en arrière, au contraire les faisceaux musculaires se rétractent beaucoup plus et mettent alors à nu sur une bande large verticalement de 3 centimètres au minimum toute la gaine postérieure.

Celle-ci est incisée transversalement, en même temps que le péritoine qui lui adhère, et la cavité abdominale se trouve ainsi ouverte. Il faut alors mettre des écarteurs, faire récliner les lèvres de la plaie et consacrer quelques instants à regarder et à explorer et c'est d'après ces constatations qu'on prolongera ou non l'incision au travers du grand oblique.

Le crochet externe préconisé par Sprengel, sera surtout utile à la fin de l'opération pour laisser passer le drainage.

C'est surtout en dedans qu'on prolongera l'incision pour avoir du jour et on n'hésitera pas le cas échéant, chez des sujets gras par exemple, à sectionner entièrement le muscle grand droit du côté opposé.

### **Suture. —**

Après réunion des deux lèvres péritonéales par un surjet au catgut, des points en U rétabliront la gaine profonde du droit; les faisceaux musculaires et la paroi antérieure de la gaine seront reconstitués par des

points séparés. — Les lèvres de la peau seront affrontées par des crins ou des agrafes.

Au cours de l'intervention, la ligature des branches de l'épigastrique n'aura pas été forcément nécessaire; on fait facilement l'hémostase avec des points en U.

C'est l'incision que nous avons vu pratiquer à l'hôpital de la Charité à Lyon par M. le Docteur Cotte qui nous a inspiré ce travail. Elle intéresse la totalité du muscle du côté droit; elle traverse la ligne médiane, ouvre la gaine et va jusqu'au muscle du côté opposé, qui est à son tour sectionné en partie si le besoin s'en fait sentir.



## DISCUSSION

---

Des descriptions qui précèdent, il apparaît nettement que nous sommes en face de trois sortes d'incisions que nous pouvons classer quant à leur direction en :

incisions longitudinales,  
incisions obliques,  
et incision transversale ou incision de Sprengel.

Chacune d'elles présente des avantages et des inconvénients que nous allons essayer d'analyser : pour discuter leur valeur, nous nous placerons aux points de vue suivants qui sont rencontrés chronologiquement au cours de l'intervention :

- 1° — Importance relative des dégâts anatomiques :  
hémorragie et sections nerveuses ;
  - 2° — Exposition du champ opératoire et commodité des manœuvres.
  - 3° — Résultats éloignés de la suture.
- 

### 1. — Importance des dégâts anatomiques : hémorragie et sections nerveuses

---

Quand on jette un coup d'œil en arrière, on constate qu'autrefois les chirurgiens pour arriver à l'organe sur lequel ils devaient intervenir, s'attachaient à se faire

un chemin parmi les différents éléments anatomiques qui se trouvaient au devant d'eux. C'est ainsi qu'on les voyait cheminer dans les espaces inter-musculaires en prenant soin de ne sectionner ni tendon, ni muscle, ni os. Aujourd'hui on n'est plus étonné de voir récliner momentanément soit un muscle, soit un os qui sont suturés après la fin de l'intervention. Il faut reconnaître que cette manière de faire est justifiée d'une part par l'anesthésie, et d'autre part, parce que le chirurgien opère sous le couvert d'une stricte asepsie et qu'il dispose d'un bon drainage. La réunion par première intention est presque toujours la règle et l'on n'hésitera pas par exemple devant la section de la clavicule pour aborder plus commodément certains points de la région cervicale. Après cicatrisation, l'organe temporairement sectionné recouvrera totalement son fonctionnement. Mais il en sera autrement lorsqu'il s'agira de tissus qui n'auront pas la propriété de récupérer totalement leurs fonctions après la suture ; c'est ce qui nous amène à concevoir que dans la région où nous nous trouvons nous serons amenés pour des raisons dont nous parlerons plus loin à ménager spécialement les nerfs.

### **Hémorragie**

Elle nous préoccupera guère.—Notre région opératoire n'est pas un lieu de passage de gros vaisseaux. Les artères de la région sont de petit calibre et n'y sont pas terminales. Bien plus, nous sommes favorisés par cette circonstance que nous nous trouvons au point de jonction des ramifications de deux systèmes artériels et veineux qui s'y anastomosent ; à savoir les artère

et veines épigastriques et les artère et veines mammaires internes.

Nous rappelons que cet ensemble vasculaire a une direction générale longitudinale et que les incisions qui seront parallèles à leur direction sectionneront peu de vaisseaux, donc seront peu hémorragiques.

*A fortiori*, l'incision longitudinale médiane ne saignera pas et ne donnera aucune préoccupation d'hémostase.

L'opposé de cette manière de faire est la section transversale, ce sera évidemment la plus sanglante mais comme la section ne portera que sur des vaisseaux déjà très ramifiés, l'hémostase sera presque toujours spontanée; au cas où l'on aurait un suintement sanguin en nappe, on pourrait pincer en bloc toute la tranche musculaire; l'hémorragie serait alors immédiatement arrêtée et d'une façon très rapide. Donc en ce qui concerne les incisions transversales, tout en reconnaissant que ce sont elles les plus sanglantes, on pourra dire avec raison que l'hémorragie ne sera jamais ennuyeuse à tarir et qu'il ne résultera aucun désagrément des sections vasculaires inhérentes à cette incision.

Il est inutile de s'apesantir sur les incisions obliques qui ne sont en somme qu'un mode de passage entre les incisions longitudinales et les incisions transversales, mais qui sont aussi sanglantes que ces dernières.

### **Dégats musculaires.**

La discussion au sujet des dégats musculaires sera simple aussi. L'incision médiane qui est purement aponévrotique n'est pas en cause,

**MAYO ROBSON** et les différents auteurs qui pratiquent l'incision transmusculaires ont en vue à la fois, la commodité de l'accès des voies biliaires — puisqu'ils les abordent juste au devant d'elles — et surtout la réparation ultérieure de la paroi. Ils cherchent à traumatiser le moins possible le muscle, à respecter son manchon aponévrotique et une fois l'opération terminée, à restaurer complètement, plan par plan, la paroi. Pour augmenter encore la solidité de leur cicatrice nous les voyons inciser l'aponévrose d'enveloppe non pas au devant de la future brèche musculaire, mais soit légèrement en dehors ou légèrement en dedans, afin que les lignes de moindre résistance soient réparties suivant une zone d'une certaine étendue et non pas sur une seule ligne — à des profondeurs différentes — ceci, pour éviter les hernies musculaires et les éventrations consécutives.

Mais comme les interventions sur les voies biliaires nécessitent un jour considérable, on était obligé de se servir d'une incision de très grande dimension — on travaillait ensuite dans un milieu très septique — qui était l'origine d'une suppuration de longue durée ; bien plus le volumineux tamponnement de Mickulicz laissait pendant longtemps béante l'ouverture de l'abdomen. Tous ces facteurs avaient pour conséquence une cicatrice de mauvaise qualité qui se laissait facilement distendre par la suite et occasionnait ainsi de nombreuses éventrations. Pourtant les éventrations observées dans des cas où il n'y avait pas eu de suppuration consécutive à l'intervention nous conduiront à examiner le rôle des sections nerveuses,

Il faut reconnaître qu'au point de vue du muscle, les incisions longitudinales sont celles qui respectent le plus le grand droit.

A première vue, l'incision transversale et totale du muscle grand droit paraît fort mutilante. — Pourtant chaque jour les incisions obliques et transversales qui entraînent cette section conquièrent la faveur des chirurgiens; nous verrons plus loin que l'incision transversale jointe à une position convenable de l'opéré donne un jour énorme, expose parfaitement cette région profonde des voies biliaires, et surtout qu'elle respecte les connexions nerveuses qui président à la nutrition et à la tonicité des muscles. Elle est d'une exécution très commode, elle est la simplicité même puisque en un seul temps on coupe tout le muscle; si on ne sectionne pas le muscle droit de l'autre côté, on devra tout au moins en ouvrir la gaine; si besoin est, on la prolongera même en dehors en ayant la précaution de faire un léger crochet et de sectionner pendant quelques centimètres parallèlement à ses fibres le muscle transverse.

Après avoir ainsi décousu il semble difficile de recoudre. Il faut alors reconnaître que de nouveaux facteurs ayant une influence heureuse sur la cicatrisation sont intervenus. — Nous avons parlé plus haut de l'aseptie et nous avons déjà fait entrevoir que grâce à elle, les chirurgiens sont de plus en plus hardis en matière d'affections chirurgicales hépatobiliaires. Plus n'est besoin d'attendre des signes graves d'infection, plus d'opération in-extremis, un diagnostic précoce livre le malade au chirurgien qui intervient sur un

sujet dont la résistance n'a pas été affaiblie par les douleurs et l'infection, et une fois l'abdomen ouvert on se trouve en face de lésions circonscrites qu'il est facile de bien traiter, et pour lesquelles on peut parfois refermer la paroi sans craindre la suppuration.

Plus n'est besoin alors du volumineux tamponnement de Mickulicz qui maintenait la béance de la plaie et favorisait l'installation d'une suppuration interminable à tarir, seuls une petite mèche de sûreté pour ainsi dire ou un drain dans la queue externe de l'incision assurent l'évacuation de la sérosité ou d'un peu de pus. — Dès lors notre plaie musculaire est pour ainsi dire aseptique : on suture le feuillet postérieur du droit, des points en U affrontent les faisceaux musculaires, la gaine antérieure et la peau sont également fermées. Résultat : une métamérisation de plus dans le grand droit qui n'a pas plus d'importance que les autres, et le grand délabrement musculaire est ainsi parfaitement réparé.

### **Sections nerveuses**

Les branches des derniers nerfs intercostaux qui se ramifient dans notre région ont, contrairement à ce qui a été vu à propos des artères, une direction transversale ; c'est dire que les sections longitudinales les intéresseront en totalité et que ce sont les incisions transversales, parallèles à leur direction générale qui les lèseront le moins. Le traumatisme aura d'autant plus d'importance qu'il n'y a plus là de vastes anastomoses comme lorsqu'il s'agissait d'un système vasculaire, pour remédier au traumatisme opératoire.

La physiologie nous a appris que si le fonctionnement des muscles dépend de l'intégrité des nerfs moteurs, leur nutrition, leur tonicité sont également fonction de l'influx nerveux et qu'un muscle donné privé de son innervation, non seulement ne peut plus se contracter, mais est le siège de troubles nutritifs, trophiques qui lui font perdre sa tonicité ; il devient flasque, ses échanges nutritifs y sont très diminués, le sang veineux en sort avec sensiblement la même composition que le sang artériel ; le muscle s'atrophie et ses fibres dégénèrent : la dégénérescence est la signature de la suppression de l'influx nerveux.

Nous allons intercaler ici deux observations : une d'Assmy et une de Lennander, recueillies dans un travail de M. le Docteur Renaudière de Vaux.

La première est intéressante parce qu'il s'agit d'une intervention type sur les voies biliaires — nous faisons remarquer que la cicatrisation s'est faite par première intention et que les troubles trophiques observés par la suite ne peuvent être mis que sur le compte des sections nerveuses.

La seconde bien qu'ayant trait à une appendicectomie montrera les altérations histologiques des muscles consécutives à leur énérvation sur une grande étendue.

#### **Observation d'Assmy**

*(In-thèse Renaudière de Vaux, Paris 1901)*

La femme Sp..., entre le 18 mai 1896 à la clinique chirurgicale de Heidelberg se plaignant de maux qui font diagnostiquer : lithiase biliaire, obstruction du canal cholédoque par un calcul. Le 27 mai, le chloroforme est donné et le

docteur Marwedel fait l'opération. Une incision longitudinale le long du bord externe du grand droit fait voir la vésicule biliaire modérément remplie. De la vésicule, sont retirés un gros et trois petits calculs de cholestérine et on la suture ensuite à la plaie par 6 sutures au silkwoorgut, le reste de la plaie est ajusté à l'aide de soie (Spencer Wells) le drainage de la vésicule est pratiqué et la réunion a lieu par première intention. La malade sort du service le 20 juin 1896.

Le 3 juillet 1897, la femme Sp..., revient parce que les douleurs précédentes ont reparu depuis 6 mois et atteignent alors leur première intensité. La place de la première opération était effacée, étirée. Il s'était formé une hernie abdominale. D'abord, à l'examen de la cicatrice abdominale, on constatait que le droit, dans toute la longueur de l'incision à droite et à gauche de la cicatrice était atrophié. L'opération pratiquée de nouveau le 5 décembre 1897, par CZERNY, permet de vérifier cette constatation. Une incision est pratiquée à la partie moyenne de la cicatrice, suivant le sens longitudinal. A droite et à gauche, on ne trouve plus trace de tissu musculaire, mais seulement la gaine du droit. On enlève de chaque côté une petite parcelle de ce tissu pour l'examen.

L'auteur continue à décrire l'opération, puis il ajoute : « les morceaux enlevés et destinés à être examinés avaient 6 cm de long, 1 cm de large et étaient de faible épaisseur. On ne trouva au milieu que du tissu de cicatrice, et de chaque côté, on remarque que les fibres musculaires avaient persisté. Dans une coupe transversale, on voit s'avancer un faisceau de fibres normales, qui se terminent en pointe.

Ce faisceau est entouré de tissu conjonctif. Au delà de ces faisceaux musculaires de tissu conjonctif proliféré se trouvent en haut et en bas des faisceaux musculaires coupés, soit transversalement, soit obliquement. Plus loin, on trouve, encore perdues dans du tissu conjonctif strié de vaisseaux, des fibres isolées, coupées transversalement et tout à fait atrophiées. Ces groupes de fibres, se trouvant isolés, ont peut-être été séparés du muscle par une coupe émoussée et portés dans la région de la cicatrice. Plus loin encore, il n'y avait certainement que du tissu conjonctif.

### Observation de Lennander

(In-thèse Renaudière de Vaux, Paris 1901)

Au mois d'août 1899, un chirurgien avait opéré un jeune homme de 19 ans, atteint d'une suppuration aigüe du côté droit de l'abdomen. Une incision longitudinale allant du plan ombilical au ligament de Poupart fut faite, en dehors et le long du bord externe du muscle.

Comme une fistule suppurante restait dans la cicatrice, je procédais en juin dernier à une nouvelle opération.

Il se trouva que le grand droit n'avait qu'une épaisseur de 2 ou 3 millimètres entre la cicatrice et la ligne médiane. Un de mes élèves M. A. WALLIN entreprit, sous la direction de mon savant collègue, M. A. WESTBERG, professeur de pathologie, l'examen microscopique d'un fragment du muscle. Il ressort de la description minutieuse de M. VALLIN : 1° que le tissu inter-musculaire était augmenté ; 2° qu'il était impossible de découvrir sur aucune coupe, une seule fibre musculaire normale intacte.

Les altérations peuvent se résumer ainsi :

a/ Résolution fibrillaire des fibres musculaires en fibrilles longitudinales.

b/ Dégénérescence cireuse.

Ces deux ordres de lésions étaient reliés par l'atrophie des fibres musculaires qui, en général, ne présentaient plus de stries transversales. Le nombre des noyaux était diminué.

D'après ce qui précède, il semblerait qu'au niveau du muscle grand droit, toute section nerveuse même minime doive entraîner la déchéance du segment musculaire correspondant et créer ainsi une zone de flaccidité et de moindre résistance à ce niveau de la sangle abdominale. En réalité, l'expérience clinique a montré que l'incision de Jalaguier pour l'appendicéctomie dans

laquelle on sectionne habituellement un ou plusieurs nerfs qui traversent le champ opératoire, guérissent parfaitement et ne donnent jamais d'éventrations; il en est de même lorsque l'incision porte sur la gaine du grand droit avec réclinaison du muscle en dedans. Cela tient à ce que l'on a affaire à un territoire de peu d'étendue et à ce que de petites anastomoses viennent des filets voisins de ceux qui ont été sectionnés. Mais lorsqu'il s'agira d'incisions de grandes dimensions comme celles dont on se sert pour aborder les voies biliaires on risquera les accidents décrits plus haut.

Le danger des atrophies post opératoires a été bien entrevu par les Allemands; Kocher, dans sa médecine opératoire insiste sur la section des nerfs dans les laparatomies comme pouvant déterminer la paralysie des muscles. Czerny et Lennander ajoutent que les muscles s'atrophient et dégénèrent. Lennander surtout après avoir cité un ou deux cas d'atrophie partielle du grand droit dans les incisions juxta-médianes à travers le muscle et un autre cas d'atrophie à la suite de l'incision de Max Schuller dit qu'il s'attache à ménager les nerfs du grand droit et qu'il y parvient dans presque tous les cas.

Assmy conclut aussi que la section des nerfs entraîne le plus souvent l'atrophie des muscles.

La présence des intersections tendineuses dans le grand droit va permettre de relier les résultats plus ou moins dissemblables que l'on observe en clinique.

On a remarqué chez le lapin dont le grand droit a des intersections tendineuses le plus souvent complètes, que la section d'une branche nerveuse allant à un

myomère entraîne l'atrophie de ce dernier. — Chez l'homme le caractère des intersections tendineuses étant leur irrégularité, et que, rarement elles occupent la face postérieure du muscle, ni toute sa largeur, on conçoit qu'il puisse se produire une compensation grâce aux anastomoses nerveuses venues des segments voisins.

Nous pouvons donc conclure que les incisions longitudinales sont très mutilantes par les sections nerveuses qu'elles entraînent; elles auront d'autant plus de chance de produire l'atrophie que, étant donnée, la difficulté d'accès de la région on aura recours à une longue qui énervera le muscle grand droit sur une grande étendue. Nous aurons donc là un important facteur prédisposant aux éventrations.

Au contraire, l'incision transversale est celle qui respecte le plus les connexions nerveuses du muscle grand droit. La section n'aura aucune action sur la vitalité des fibres des deux segments; après cicatrisation les fibres musculaires seront comme par le passé maintenues sous l'influence motrice et trophique des nerfs; les éléments musculaires pourront se contracter; à leur niveau les échanges seront normaux et l'on n'assistera pas à la déchéance des cellules musculaires comme on l'observe après la section des nerfs.

Pour ce qui est des incisions soit obliques, soit combinées, elles seront mutilantes suivant le nombre de filets nerveux dont elles entraînent la section, mais le seront quand même moins que la section longitudinale de même longueur.

---

## II. — Exposition du champ opératoire et commodité des manœuvres.

---

Dans les interventions qui portent sur des régions peu accessibles (petit bassin chez la femme, et voies biliaires dans les deux sexes) les chirurgiens se sont préoccupés avec raison de la position à donner au patient afin de dégager le champ opératoire des organes voisins qui gênaient l'opérateur.

C'est ainsi que Trendelenbourg a été amené à construire son plan incliné pour libérer le petit bassin des anses intestinales.

Elliot en 1894 a conseillé d'user du plan incliné de Trendelenbourg pour les interventions de la région hépatique, mais en sens inverse, c'est-à-dire en maintenant la tête du sujet très élevée et les membres inférieurs très abaissés de façon à dégager la face intérieure du foie de la masse intestinale, qui grâce à l'action de la pesanteur tend à se porter vers la cavité pelvienne.

Cette position, qui est en quelque sorte une position assise, diminuera la tension de la paroi abdominale, et lorsque le chirurgien l'aura abordée par une incision longitudinale, il éprouvera moins de difficultés à faire bailler les lèvres de la plaie.

Au contraire, si l'on a employé une incision transversale, c'est l'hyperextension qui conviendra le mieux. Le malade sera mis dans le décubitus dorsal. On aura

avantage à utiliser le dispositif imaginé par Mayo Robson qui consiste à glisser sous la région dorsolombaire de l'opéré un fort coussin, qui de même que le billot placé sous les épaules pour les opérations du cou, expose plus largement la région sur laquelle on opère et facilite les manœuvres chirurgicales.

Actuellement on construit des tables d'opération articulées qui, au moyen d'une simple vis permettent d'obtenir le degré de lordose lombaire qui fait bailler le mieux la région sous-hépatique. Un autre dispositif permet de plus d'incliner le malade sur le flanc gauche et de dégager ainsi au maximum le flanc droit de la masse intestinale avoisinante.

Ainsi donc, au point de vue de l'exposition du champ opératoire, il semble bien que l'incision transversale grâce à la position donnée au malade, soit celle qui donnera le plus de jour.

En effet, si on considère la série des incisions qui ont été tour à tour préconisés pour aborder les voies biliaires, on remarque que de longitudinales qu'elles étaient auparavant, elles ont eu une tendance progressive à devenir transversales.

Cela tient à ce fait que du moment où l'on a voulu avoir une bonne exposition de cette région on a été obligé de sectionner peu ou beaucoup le muscle grand droit; c'est ce qui a fait la nouveauté de l'incision de Kehr. Mais la peur de sectionner le muscle en entier disparut peu à peu, puisque Kehr lui-même en est arrivé à modifier son incision ondulée pour en faire en quelque sorte une incision à la Czerny.

A vrai dire, il y a peu de différence entre l'incision

de Kocher et celle de Sprengel, mais la première à cause de sa direction sera plus mutilante pour les filets nerveux que l'autre.

L'incision de Sprengel est non seulement commode pour intervenir sur les voies biliaires, mais aussi pour aborder des formations pathologiques de cette région ; c'est ainsi que le Docteur Cotte a pu récemment extirper par cette voie, une volumineuse tumeur, de la grosseur d'une tête de fœtus qui avait son siège au niveau de la tête du pancréas.

Cette voie d'accès transversale pour des organes contenus dans l'étage supérieur de l'abdomen, vient d'être utilisée récemment par M. Leclerc (de Dijon) qui a décrit à la Société de chirurgie de Lyon le 2 mars 1922, une incision en volet donnant un large accès sur tout l'étage sus-mésocolique et en particulier sur l'estomac. Il conseille une incision en arc de cercle dont la corde est une horizontale passant par l'ombilic. Il obtient ainsi par une ouverture " en gueule de four à pain " un large jour sur l'estomac.

En prolongeant les queues de son incision, il obtient un large jour sur les hypocondes. Il estime la suture très commode à pratiquer et n'a jamais observé d'éventration.

### **Exclusion de la loge sous-hépatique**

Nous n'avons pas à intervenir dans les détails de la technique des diverses interventions portant sur les voies biliaires extra-hépatiques. Pourtant elles doivent quand même nous préoccuper, car telle incision s'adaptera mieux que telle autre à une intervention donnée.

En effet, par exemple, lorsque le chirurgien qui pratique une cholécystectomie, n'aura pu faire l'ablation sous-séreuse telle qu'elle est actuellement préconisée, il risquera d'avoir dans la zone sous-hépatique un apport de bile septique qui provoquerait une réaction péritonéale grave dans cette zone ou même une généralisation de l'infection péritonéale.

C'est pour parer à ces graves risques d'infection du péritoine par de la bile septique que Kehr avait imaginé son volumineux tamponnement, mais on conçoit facilement que la béance de la plaie n'était pas sans présenter de graves inconvénients au point de vue de sa réunion et de la possibilité d'une éventration ultérieure.

Delore et Arnaud ont imaginé d'isoler la loge sous-hépatique de la grande cavité péritonéale et ont pratiqué ce qu'ils ont appelé l'exclusion de la loge sous-hépatique. Ils ont en quelque sorte réalisé au moyen des éléments anatomiques le plan horizontal idéal qui limite en bas topographiquement la région des voies biliaires extra-hépatiques.

Ces auteurs emploient l'incision oblique de la paroi abdominale. Le grand épiploon, le colon transverse et le duodénum sont amarrés à la lèvre inférieure du péritoine pariétal sectionné, et un peu au-dessous du bord libre de cette lèvre. On voit facilement qu'on réalise ainsi une barrière réelle entre la loge sous-hépatique et la grande cavité péritonéale. La bile septique n'aura aucune tendance à diffuser au milieu des anses intestinales, et il sera possible après exclusion de la loge de refermer la paroi abdominale dans sa presque totalité. On aura ainsi réalisé un double but : diminué

très notablement les chances d'infection de la grande cavité péritonéale ; permis la réunion par première intention de presque toute la ligne d'incisions et par suite possibilité d'avoir une cicatrice solide sans risque d'éventration.

Il est évident que ce résultat ne pourra pas s'obtenir avec une incision longitudinale. Les auteurs se servent de l'incision oblique ; mais on conçoit bien que l'incision transversale permettra elle aussi de réaliser l'exclusion de la loge sous-hépatique. Il sera même possible afin d'avoir une cicatrice solide et de parer par là même aux risques d'éventration, de suturer complètement le grand droit en assurant le drainage au moyen d'un petit drain de caoutchouc dans le prolongement externe de l'incision.

---

### III. — Résultats éloignés de la suture

---

Il nous reste à parler de la valeur de la cicatrice qui résultera d'une intervention sur les voies biliaires.

Il est évident qu'à part la forme de l'incision, un grand nombre de facteurs vont intervenir. Tout d'abord ce sera le moment opératoire ; une intervention pratiquée très tôt aura beaucoup plus de chances d'être pratiquée aseptiquement ou tout au moins avec un envahissement microbien minime et aura des chances de se cicatriser par première intention, au contraire, si l'on intervient dans une poche de pus où les ma-

nœuvres seront très difficiles, on sera obligé d'assurer l'hémostase de la région au moyen d'un volumineux tamponnement et on aura créé une cavité obligée de se combler très lentement en allant de la profondeur vers la surface et au niveau de la cicatrice on aura un point de moins de résistance.

Facile également sera la réparation, et bonne la qualité de la cicatrice si une cholécystectomie peut se faire sous-séreuse, et restera alors une opération aseptique. Mais toutes choses égales, il reste entendu comme on l'a vu plus haut qu'une cicatrice sera d'autant plus solide que les divers éléments de la paroi recouvreront leur fonctionnement physiologique, ce qui revient à dire que les nerfs, éléments trophiques et moteurs auront été conservés. Ce sont donc les incisions parallèles à leur direction : incision oblique et transversale qui assurent une suture de meilleure qualité, tout en faisant remarquer que l'incision parallèle au rebord des fausses côtes étant oblique à la direction des filets nerveux aura plus de chances d'en détruire que l'incision transversale.

Les éventrations créant un point faible dans la sangle abdominale, seront gênantes et même quelques fois dangereuses. Gênantes, parce qu'au moment de l'effort, une partie des viscères abdominaux viendra faire pression au niveau de ce point de moindre résistance, causant alors des phénomènes douloureux ; elles seront dangereuses si l'orifice étant minime, un viscère vient y faire hernie et s'y étrangler. C'est ainsi que M. le Professeur Bérard, a vu revenir cette année, une malade qu'il avait opérée en 1914 pour de la tithiase vésiculaire.

Elle présentait une éventration au niveau de sa cicatrice et une masse du volume de deux poings, sonore, tendue, irréductible. Il s'agissait d'un étranglement d'une anse d'iléon de trente centimètres de longueur qui était gangrenée et qui dut être réséquée.

A ce propos, il fait remarquer la rareté des observations d'étranglement du grêle au niveau de cicatrice de cholécystectomie; cela tient à ce que d'ordinaire l'on a affaire à des éventrations larges, sans anneau, ni collet bien marqué, et que ces points faibles de la paroi se trouvent dans l'étage supérieur de l'abdomen où la pression des viscères est sensiblement moindre que dans l'étage inférieur.

---



# OBSERVATIONS

---

## OBSERVATION 1 (résumée)

P. Marcelle, 30 ans, domestique, entre Salle Saint-Paul le 29 octobre 1920 pour des coliques hépatiques récidivantes remontant à 1918. Fièvre typhoïde en janvier 1920; depuis cette époque, les crises ont été en se répétant.

A la palpation, point vésiculaire douloureux, cœcum dilaté. Foie non augmenté de volume. Le 6 octobre, poussée d'ictère avec T° à 40° qui cesse dès le lendemain; nouvelle crise douloureuse ayant coïncidé avec la chute de la température.

Le 15 novembre, la malade a eu 3 crises douloureuses, sans température et sans ictère. La région vésiculaire n'est plus douloureuse.

Intervention le 28 novembre 1920 (M. COTTE). Incision de Sprengel, L'abdomen ouvert, on voit que la vésicule est petite, rétractée. Les voies biliaires principales semblent dilatées, mais ne sont ni épaissies, ni enflammées.

La palpation la plus minutieuse ne montre aucun calcul. Foie dur, sclérosé.

Fermeture.

## OBSERVATION 2 (résumée)

Per. Laure entre le 3 février 1921.

Première crise il y a 12 ans. En 1919, a fait un séjour à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. SAVY où l'on avait pensé à un ulcus.

Au mois d'août 1920, deuxième séjour. Les troubles gastriques sont nettement rattachés à une lithiase. En septembre, troisième séjour à cause de douleurs violentes avec subictère, température 38° 2, douleur au point vésiculaire.

Quatrième séjour en février 1921.

Intervention le 12 février 1921. Incision de Sprengel. A l'ouverture de l'abdomen, on voit que le foie gros, volumineux, déborde largement les fausses côtes.

Vésicule épaissie surtout au niveau du fond.

Cholécystectomie sous-séreuse d'arrière en avant, avec fermeture du moignon. La vésicule renferme un petit calcul.

Sort guérie le 3 mars 1921.

### OBSERVATION 3 (résumée)

S. Marie, 65 ans, entrée le 28 février 1921.

Envoyée par M. le Dr SAVY avec le diagnostic de lithiase biliaire.

Première crise il y a 3 ans, nouvelle crise en juillet 1920, troisième en décembre, puis en janvier 1921 avec ictère qui persiste encore annuellement.

Entre les crises, sensibilité marquée de l'hypocondre droit, troubles digestifs, anorexie. Signes d'angiocholite avec fièvre à 39° par accès.

A l'examen, foie gros, abaissé; contracture intense des droits s'opposant à une palpation précise.

Intervention le 1<sup>er</sup> mars 1921 (M. COTTE).

Incision de Sprengel. Grand foyer de péricholécystite ancienne. Vésicule complètement recouverte par le colon et l'épiploon qui adhère au foie. Libération de la vésicule qui est petite, ratatinée. Incision de proche en proche jusqu'au cholédoque qui ne renferme aucun calcul.

Drainage du cholédoque avec exclusion de la fosse sous-hépatique.

Guérison. Sort le 30 mars 1921.

#### OBSERVATION 4 (résumée)

Roich, 63 ans. Entré le 28 février 1921 pour des crises de coliques hépatiques subintrantes.

A l'entrée, malade subictérique, amaigri. A la palpation, vésicule volumineuse sous le rebord costal. Foie non augmenté de volume.

Intervention le 5 mars 1921 (M. COTTE).

Incision de Sprengel. Le péritoine ouvert, on constate sur le foie l'existence de nombreuses brides de périhépatite. Foie non induré se laissant facilement extérioriser. Vésicule cachée sous le colon et l'épiploon qu'on déchire.

Cholécystectomie sous-séreuse d'arrière en avant avec ligature du moignon. Vésicule épaissie renfermant de très nombreux calculs. Les voies biliaires principales paraissent normales.

Suites simples. Sort guérie le 24 mars 1921.

#### OBSERVATION 5 (résumée)

Mad. C., 32 ans. Envoyée par le Dr SAVY pour cholécystite calculieuse.

Première crise en septembre dernier, suivie de nombreuses crises douloureuses avec ictère, décoloration des matières et tuméfaction de la vésicule qui est nettement perceptible au moment des crises.

Intervention le 16 avril 1921 (M. COTTE).

Incision de Sprengel. Vésicule rétractée sur plusieurs calculs. Cholécystectomie sous-séreuse d'arrière en avant avec fermeture du moignon. La vésicule épaissie renferme un gros calcul du volume d'une noisette et une vingtaine de petits.

Suites simples.

Sort guérie le 2 mai 1921.

## OBSERVATIONS 6 et 7

*In-Pressé Médicale*, 10 novembre 1921 : Société de Chirurgie de Paris :

### *Sur le traitement des angiocholites aiguës infectieuses*

Il s'agit de deux malades opérés en 1921 par M. COTTE.

Chez chacun d'eux, atteints d'angiocholite aiguë avec fièvre bilioseptique, l'existence de crises antérieures à type lithiasique avait fait penser à de la lithiasie du cholédoque ; mais, opératoirement, on ne trouve aucun calcul.

1<sup>o</sup> Homme de 62 ans, présentant depuis 3 semaines un ictère avec décoloration des matières, état infectieux sévère, oligurie, température oscillant entre 39° et 40°.

Intervention. Rachianesthésie. Incision de Sprengel. Dans le cholédoque, bile épaisse avec grumeaux rougeâtres, mais pas de calculs. Drainage de l'hépatique.

Suites opératoires simples : chute de la température, recoloration des matières, Actuellement (6 mois après) persistance d'une petite fistule qui a une tendance à se fermer ; mais alors, apparition de douleurs, ascension thermique qui rentrent dans l'ordre dès qu'on dilate le trajet.

2<sup>o</sup> Femme de 45 ans. Angiocholite aiguë avec accès pseudo-paludéens quotidiens.

Opération. Rachianesthésie. Incision de Sprengel. 3 gros calculs anciens dans la vésicule ; le cholédoque et l'hépatique ne contenaient que de la bile blanche. Le soir même, chute de la température. Ablation du drain au bout de 5 semaines. A ce moment, la malade refit quelques accès, puis elle guérit sans incident.

## OBSERVATION 8 (résumée)

Mad. S., 41 ans. Opérée au mois de septembre 1920 par un chirurgien qui lui a fait une cholécystostomie. A gardé des douleurs avec irradiations dans l'épaule et dans l'abdomen.

Le 1<sup>er</sup> mai dernier, nouvelle crise de coliques hépatiques. A l'examen, femme obèse; la palpation permet seulement de reconnaître l'existence d'un point douloureux net au niveau de la région vésiculaire.

21 mai 1921. Incision de Sprengel. Le ventre ouvert, sous des adhérences colo-épiploïques on sent la vésicule tendue, dure, du volume du pouce. Après avoir libéré complètement la région vésiculaire on extériorise assez facilement le foie. Cholécystectomie d'arrière en avant. La vésicule ne renferme que du mucus; mais, en arrière d'elle, dans le cystique dilaté il existe de nombreux petits calculs. Fermeture du moignon cystique au ras du cholédoque. Drainage de la fossette cystique avec un simple drain.

Suites simples. Sort guérie le 12 juin après avoir présenté au douzième jour une petite fistule biliaire qui s'est fermée spontanément.

Ecrit le 29 novembre 1921 qu'elle n'a plus souffert de son foie et qu'elle va tout à fait bien.

#### OBSERVATION 9 (résumée)

Mad. D., 37 ans. Est envoyée à la Charité par le D<sup>r</sup> BELLON pour des crises hépatiques récidivantes. Dans l'intervalle des crises, la malade ne ressent aucun trouble. L'examen, à ce moment, est complètement négatif: foie légèrement abaissé; vésicule sensible, mais non distendue.

Intervention le 6 juillet 1921. Incision de Sprengel: La vésicule, peu enflammée, renferme de nombreux calculs. Cholécystectomie idéale d'arrière en avant avec fermeture du moignon cystique. Drainage au contact du moignon avec un drain cheminant au-dessus du péritoine de la fossette cystique.

Suites simples. Ablation du drain au 8<sup>me</sup> jour.

Sort guérie le 28 juillet.

A écrit récemment qu'elle allait tout à fait bien.

---



## CONCLUSIONS



1° Dans la chirurgie des voies biliaires, l'incision a joué pendant longtemps un rôle important. Il fallait se donner beaucoup de jour pour bien exposer la région sous-hépatique. Aux incisions timides du début : incisions médiane, paramédiane, se sont substituées peu à peu les incisions de Mayo-Robson, de Kehr, employées pendant longtemps par tous ceux qui ont fait de la chirurgie biliaire.

2° Dans le début, les incisions transversales ont été condamnées. Elles paraissaient trop mutilantes. Nous avons montré qu'en réalité elles le sont moins que les incisions combinées.

3° A ce type, appartient l'incision de Sprengel qui a les avantages d'être simple, d'une exécution rapide. Elle donne un jour considérable, jour qui peut encore être accru par l'hyperextension forcée du tronc.

Elle est peu hémorragique et respecte les nerfs de la

région. Les éventrations post-opératoires seront relativement peu fréquentes.

Elle permet facilement l'exclusion de la loge sous-hépatique.

4° A l'heure actuelle, où la chirurgie biliaire est souvent une chirurgie aseptique et où l'incision de la paroi peut être suivie d'une reconstitution à peu près complète des différents plans, il n'y a pas lieu de redouter ces incisions.

---

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,  
BÉRARD.

*Vu :*  
LE DOYEN  
LÉPINE.

*Vu et permis d'imprimer :*  
Lyon, le 27 Avril 1922,  
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
JOUBIN.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BÉRARD. — Compte-rendu de la Société de Chirurgie de Lyon ;  
*Presse médicale*, mars 1912.
- BOUVIER. — Drainage du canal hépatique, *Thèse Paris*, 1912.
- COLLET. — Exclusion de la loge sous-hépatique en Chirurgie  
biliaire, *Thèse Lyon*, 1916.
- COTTE. — Indications du traitement médical de la lithiasé biliaire,  
*Lyon médical*, avril 1905 ;  
Traitement chirurgical de la lithiasé biliaire, *Thèse*  
*Lyon*, 1908 ;  
Compte-rendu de la Société en Chirurgie de Lyon  
10 nov. 1921, avril 1922.
- COTTE ET ARNAUD. — *Revue de Chirurgie*, 1911. T. I.
- DELORE ET ARNAUD. — Exclusion de la loge sous-hépatique,  
*Lyon chirurgical*, 1914. T. I.
- DRAGON. — De la cholécystectomie idéale, *Thèse Lyon*, 1910.
- GLEY. — Physiologie.
- GUÉNOT. — Drainage temporaire dans la lithiasé biliaire, Paris  
1904.
- GUÉNIOT. — La lithiasé vésiculaire, Paris 1905.
- JAMES. — Eventration latérale post-opératoire, *Thèse Paris*, 1904.
- JOUANIN. — Incision laparatomique médiane ; Incision submé-  
diane de Longuet.
- KEHR. — *Technick der Gallenstein operationen*.
- KOCHER. — *Chirurgie opératoire*. Paris 1904.
- LEJARS. — *Société de Chirurgie de Paris*, mai 1904.
- LERICHE ET COTTE. — *Revue de Chirnr gie*, 1912. T. II.
- MARION. — *Technique chirurgicale*.

MAYO-ROBSON, — *Diseases of the Gall Bladder and Bile Ducts*,  
Londres 1904.

RENAUDIÈRE DE VAUX, — Contribution à l'étude des éaentrations  
post-opératoires par atrophie musculaire, *Thèse Paris*  
1904.

TESTUT. — *Traité d'anatomie descriptive*.

TESTUT ET JACOB, — *Traité d'anatomie topographique*.

TIXIER. — Pratique de l'éventration en Chirurgie abdominale,  
*Thèse Lyon* 1897.

---







